

問 診 票	ふりがな	生年月日		年 月 日
	児童氏名	(歳 か月)		
1. 妊娠中の疾病 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 強いつわり <input type="checkbox"/> 妊娠中毒症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 貧血症 <input type="checkbox"/> 切迫流産 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 羊水過多症 <input type="checkbox"/> その他 ()				
2. 分娩について <input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> その他 → <input type="checkbox"/> 早期破水 <input type="checkbox"/> 微弱陣痛 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> 吸引分娩 <input type="checkbox"/> 鉗子分娩 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 臍帯巻絡				
3. 出生について 在胎週数 (週) 体重 (g) 身長 (cm) 頭囲 (cm) 胸囲 (cm) 産院名 () ※下記にあてはまる項目はありましたか。 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 低体重 <input type="checkbox"/> 未熟児 <input type="checkbox"/> 保育器に入った (日間) <input type="checkbox"/> 強い黄疸があった → <input type="checkbox"/> 交換輸血 <input type="checkbox"/> 光線療法 <input type="checkbox"/> 母乳栄養中止 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 酸素使用 <input type="checkbox"/> その他 ()				
4. 1日の生活リズムについて 食事(ミルク・母乳・おやつ含め)・遊び・お昼寝等の時間を記入してください 時間 起床 (時) 朝食 () 昼食 (時) 夕食 (時) 就寝 ()				
5. 食事について (1) 内容 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 回数 (回) <input type="checkbox"/> ミルク } 1回量 (ml) <input type="checkbox"/> 混合栄養 } <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 幼児食				
(2) 食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが、手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人で食べる → 【 <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> ストロー <input type="checkbox"/> コップ】				
(3) 食物アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (原因食品 症状) エピペンの処方がありますか <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある 緊急時服用薬の処方がありますか <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある				
(4) 家族の中で、アレルギーを持っている方はいますか <input type="checkbox"/> いない・ <input type="checkbox"/> いる (誰が) (原因)				
6. 着替えについて <input type="checkbox"/> 1人でできない <input type="checkbox"/> 自分で着替えようとするが手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 1人でできる → 【 <input type="checkbox"/> 帽子 <input type="checkbox"/> シャツ <input type="checkbox"/> ボタンかけ <input type="checkbox"/> パンツ <input type="checkbox"/> 靴下】				
7. 排泄について <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 夜だけおむつ <input type="checkbox"/> オマル → 尿意は <input type="checkbox"/> わかる・ <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> トイレでできる → <input type="checkbox"/> 手伝ってもらえばできる・ <input type="checkbox"/> 1人でできる				